PROPOSITIONS

N° 263.

SUR DIFFÉRENS SUJETS

DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 27 août 1830, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR P.-A. GROS, de Decise,

Département de la Nièvre.

Les hôpitaux sont le livre fidèle et terrible où se trouve tracée en caractères de sang la série affligeante des maux qui désolent l'humanité. C'est au milieu des mourans qu'il faut aller chercher la médecine vivifiante, c'est du sein même de la mort qu'il faut arracher le secret de lui dérober quelques victimes.

Éloge de DESBOIS DE ROCHEFORT *par* CORVISART.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Suppléant.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Examinateur.* DUBOIS. DUPUYTREN, *Président.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois, *Examinateur.*
Bérard.	Gerdy, *Examinateur.*
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Coutereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau, *Suppléant.*

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

Témoignage de la plus vive reconnaissance.

P.-A. GROS.

A MON PÈRE.

Témoignage de la plus vive reconnaissance.

PROPOSITIONS

SUR DIFFÉRENS SUJETS

DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE.

I.

La carie des dents est une des causes les plus fréquentes des fistules qui succèdent aux phlegmons des joues, vulgairement désignés sous le nom de *fluxions*.

Ces fistules, très-nombreuses dans nos hôpitaux, et assez communes dans la pratique civile, deviennent souvent l'écueil des médecins ignorans ou inattentifs ; car elles résistent à tous les traitemens tant que la cause qui les entretient n'a pas disparu.

Les accidens qui succèdent à la carie d'une ou de plusieurs dents varient suivant le siége qu'occupent celles-ci. Appartiennent-elles à la

mâchoire inférieure, est-ce une incisive, l'abcès se forme au-dessous de la symphyse du menton, et vient quelquefois s'ouvrir au niveau de l'os hyoïde; un stylet explorateur introduit par l'ouverture fistuleuse extérieure, arrive à la symphyse, quelquefois même pénètre jusqu'à la racine de la dent à travers l'os détruit par la carie. Enfin les fistules peuvent s'ouvrir au niveau du trou mentonnier, à la partie inférieure du muscle masseter, et au-dessous de l'angle de la mâchoire, suivant qu'elles dépendent de la carie des canines, des petites ou des grosses molaires.

A la mâchoire supérieure, les abcès qui succèdent à la carie des incisives peuvent se développer à la partie moyenne de la lèvre, s'ouvrir dans son épaisseur ou dans la narine même, près de sa base, sur les côtés de la cloison. Ceux qui dépendent de l'altération des canines siégent ordinairement dans les fosses du même nom. Les premières molaires exercent leur ravage dans l'épaisseur de la joue, au-dessous du masseter et près de son insertion à l'arcade zigomatique. Enfin la carie des grosses molaires donne souvent lieu à des maladies du sinus maxillaire, et principalement à des abcès qui remplissent cette cavité.

Comment la carie des dents produit-elle les accidens que nous venons de signaler? La carie des dents ne diffère pas de celle des autres os; leur tissu s'enflamme, se ramollit; il est érodé, détruit peu à peu; il se mine en quelque sorte, tombe en petites parcelles; l'irritation s'empare des parties contiguës à la dent et des parties voisines. Cette inflammation donne lieu à une fluxion, puis à un abcès, qui lui-même dégénère en fistule, dont le trajet, souvent fort long, fort sinueux, peut aller s'ouvrir très-loin du véritable siége du mal, comme on l'observe dans ceux qui dépendent de la carie des autres os.

On ne saurait donc apporter trop d'attention dans l'examen de la bouche d'un malade affecté de fluxion ou de fistule; car, dès qu'on observe une dent gâtée dans le voisinage du mal, il faut l'extraire, et tous les symptômes disparaissent comme par enchantement.

Il convient encore de faire remarquer que des dents fausses, desti-

nées à remplacer celles qui ont été extraites, peuvent déterminer des accidens semblables à ceux que je viens d'indiquer.

II.

Les luxations des doigts sont assez rares; les plus fréquentes sont les luxations en arrière, et surtout à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Les signes de ce dernier genre de lésion de rapports sont très-faciles à reconnaître, on les trouve clairement exposés dans les auteurs; je ne m'arrêterai donc point à les décrire. Mon but, en parlant de ces luxations, est seulement d'attirer l'attention des jeunes praticiens sur la difficulté excessive qu'on éprouve à les réduire, surtout lorsque quelques jours se sont déjà écoulés depuis le moment de leur production. Les auteurs se sont peu étendus sur ce point important; ils n'ont point fait connaître les causes de ces obstacles; je ne crois donc pas inutile d'entrer dans quelques détails à cet égard.

Toute la difficulté réside évidemment dans la disposition anatomique des parties : dans l'état ordinaire, les articulations des phalanges avec les os du métacarpe et des phalanges entre elles sont maintenues par deux ligamens latéraux, très-forts, très-courts, très-denses, très-résistans, et parallèles à l'axe des doigts; il en résulte que ces articulations sont très-serrées, et qu'il faut un grand effort pour y produire une luxation; mais si une force assez puissante vient à surmonter ces obstacles, il est évident qu'aussitôt après le chevauchement des deux os les ligamens, qui naguères étaient parallèles à l'axe des doigts, deviendront perpendiculaires à cet axe; ils seront, de plus, dans un état de tension très-considérable, et maintiendront les deux surfaces osseuses étroitement fixées l'une à l'autre. Ce n'est point la seule difficulté qu'on ait à vaincre : les deux extrémités des os luxés présentent deux têtes qui s'accrochent quand on veut opérer la réduction, et rendent le glissement très-difficile, puisqu'il faut faire passer la partie la plus large de l'os qui a été luxé sur la partie

la plus large de celui qui est resté immobile ; et enfin l'extrémité phalangienne du premier os métacarpien s'est engagée entre les deux portions inférieures du muscle court fléchisseur du pouce, qui est fortement contracté, et étrangle en quelque sorte le collet situé au-dessous de la tête de cet os.

Il y a deux manières de réduire ces luxations : la première consiste à tirer la phalange luxée suivant l'axe de l'os ; c'est la plus difficile, celle où l'on échoue le plus fréquemment. Dans la seconde, on maintient la phalange dans le sens suivant lequel le déplacement s'est opéré, c'est-à-dire perpendiculairement, de manière que pendant la traction la surface articulaire glisse sur l'os resté immobile.

Pour réduire la luxation de cette manière, il faut trois aides : l'un soutient l'avant-bras ; un autre tient le doigt relevé perpendiculairement, comme s'il voulait opérer la luxation ; un troisième place un lac à la base de la phalange relevée, et exerce une forte traction sur ce lac, tandis que le chirurgien fait de grands efforts de coaptation, en pressant fortement d'avant en arrière sur la tête de l'os immobile, en tirant d'arrière en avant près de la base de celui qui s'est déplacé, et en cherchant à dégager le premier métacarpien, fortement resserré par le court fléchisseur, qui ne permet pas la réduction tant qu'on n'est pas parvenu à ramener ses deux tendons dans leur direction naturelle.

III.

On a beaucoup vanté dans ces derniers temps le traitement antiphlogistique et la compression dans les tumeurs squirrheuses des mamelles. L'efficacité de ces méthodes est encore plus que douteuse ; elles ont pu amener la guérison de quelques tumeurs analogues au squirrhe, et même produire une amélioration notable dans des engorgemens véritablement squirrheux ; mais jamais elles ne les ont guéris complètement. Comment ces méthodes amènent-elles des changemens favorables dans ces tumeurs, si elles ne les guérissent pas ?

Dès que les cancers du sein, déjà un peu anciens, commencent à faire des progrès, ils s'enflamment nécessairement ; l'inflammation se propage aux parties voisines, et s'accompagne d'un gonflement plus ou moins considérable du tissu cellulaire environnant. Si on emploie alors un traitement antiphlogistigue énergique, les saignées, les sangsues, les bains, les émolliens, puis les résolutifs et les purgatifs, tous les symptômes inflammatoires disparaissent, et l'amélioration paraît d'autant plus grande que le gonflement était plus prononcé. On se félicite, on poursuit le traitement avec persévérance ; mais bientôt l'illusion cesse; le noyau cancéreux persiste, et quelque soins qu'on y mette, on ne peut en obtenir la résolution ; l'opération seule peut en délivrer le malade.

Ce que je viens de dire du traitement antiphlogistique est applicable à la compression ; elle affaisse les vaisseaux capillaires et les aréoles du tissu cellulaire ; elle empêche l'afflux des liquides, refoule même ceux qui s'étaient déjà accumulés, et détermine ainsi une sorte d'atrophie des organes qui peut faire croire à la guérison de la maladie.

IV.

Si la compression échoue dans le traitement des engorgemens squirrheux, il n'en est pas de même dans les entorses; c'est un moyen héroïque contre ces dernières affections ; elle abrège de moitié la durée ordinaire de leur guérison, lorsqu'elles sont traitées seulement par les émolliens et les résolutifs. De ce fait découlent des conséquences pratiques très-importantes : si dans un gonflement considérable de l'avant-bras on a du doute sur l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius ou d'une entorse, maladies dont le diagnostic différentiel est souvent si difficile, on peut toujours employer le bandage des fractures de cet os, moyen compressif très-méthodique, et dont l'usage est également applicable aux deux cas. Il est d'ailleurs facile de se rendre compte de ce phénomène : le bandage compressif maintient les surfaces articulaires im-

mobiles. Or, rien de plus propre à amener la guérison des entorses, et en général de toutes les affections compliquées de symptômes inflammatoires que le repos le plus absolu ; et enfin, comme nous l'avons dit dans l'article précédent, il empêche l'afflux des liquides, et chasse même en partie ceux qui s'étaient déjà accumulés. Mais je dois faire observer qu'avant d'employer ce moyen il faut avoir anéanti par le traitement antiphlogistique les plus légers symptômes d'irritation.

V.

L'opération de l'hydrocèle par ponction est assez souvent suivie d'une hématocèle ou d'un écoulement de sang très-considérable au-dehors. *Scarpa* explique cet accident de la manière suivante : il prétend que dans les hydrocèles très-volumineuses, le cordon des vaisseaux spermatiques s'élargit considérablement, que ses parties constituantes se dissocient, deviennent éparses dans la cavité de la tunique vaginale ; et que si on pratique la ponction dans le lieu d'élection, l'artère spermatique peut être rencontrée par la pointe de l'instrument et fournir une hémorrhagie. Cet élargissement du cordon des vaisseaux spermatiques n'est point une opinion imaginaire ; mais il n'existe jamais au point que l'a supposé le célèbre professeur de Pavie. Des observations nombreuses, dont j'ai plusieurs fois été témoin, ont fourni à M. *Dupuytren* les moyens de donner l'explication véritable de cet accident, et de le prévenir. Dans la majorité des cas, le testicule est situé à la partie postérieure et inférieure de la tunique vaginale, et le cordon des vaisseaux spermatiques longe la même paroi pour se rendre à l'anneau inguinal. Mais cette position est loin d'être constante : le testicule occupe aussi quelquefois la partie antérieure et inférieure, et les parties internes et externes des bourses, et alors le cordon longe les parois correspondantes et se recourbe pour gagner le canal inguinal. Ce fait est de la plus haute importance pour la pratique, car il peut nous faire éviter les erreurs graves commises par plusieurs de nos devanciers. Supposons, en effet, que le testicule et le cordon occu-

pent une des trois positions anormales que nous avons fait connaître : il est évident que si on plonge le trois-quarts dans le point ordinaire, on pourra intéresser le testicule ou mieux encore le cordon, blesser l'artère spermatique et causer une hémorrhagie. On peut s'expliquer de la même manière le tétanos et les inflammations violentes qu'on a vus succéder à ces ponctions; dans le premier cas, on a intéressé quelques filets nerveux, dans le second, on a piqué le canal déférent.

Ces antécédens nous amènent à conclure qu'il n'y a véritablement pas de lieu d'élection dans l'opération de l'hydrocèle, et qu'il faut toujours, avant de l'entreprendre, s'assurer de la position du testicule et du cordon. On peut le faire de deux manières, par la vue et par le toucher : par la vue, lorsque la poche est parfaitement transparente, on aperçoit alors un point et une ligne opaques résultant de la présence de ces organes. Si, au contraire, l'hydrocèle n'est point transparente, en pressant la poche avec soin dans tous les sens, on finira par sentir un corps plus résistant, douloureux au contact, c'est le testicule : or, le lieu qu'occupe cet organe étant trouvé, on peut juger *à priori* de la position du cordon. Ces connaissances une fois acquises, il faudra pratiquer la ponction en avant, en arrière ou en dehors, suivant que le testicule et le cordon affectent telle ou telle direction.

VI.

Le premier effet de l'irritation à la suite d'une opération d'hydrocèle par injection est d'agir sur l'absorption, en sorte que tout ce qui reste du liquide injecté est de suite saisi par les vaisseaux absorbans; mais bientôt le système exhalant est excité à son tour, l'équilibre est rompu, et souvent on voit survenir un gonflement considérable, accompagné d'une fluctuation semblable à celle qui existait avant l'opération. Le jeune praticien, effrayé, craint que son injection n'ait pas réussi; mais cette crainte n'est qu'éphémère; en peu de temps la tuméfaction diminue, et la guérison s'opère parfaitement.

VII.

On a quelquefois occasion d'observer des écoulemens blennorrhagiques qui ont été rebelles à tous les moyens de traitement, aux sangsues, aux bains, aux balsamiques, aux injections astringentes, aux vésicatoires, et qui persistent depuis un an, deux ans, dix ans même, sans qu'on sache quel en sera le terme; ou si quelques-uns cèdent, c'est presque toujours aux dépens du calibre de l'urètre. Ces blennorrhées peuvent dépendre de plusieurs causes, dans le détail desquelles je ne veux pas entrer; je me bornerai à en signaler une, à laquelle on attribuait presque tous les écoulemens il y a environ vingt-cinq ou trente ans, et dont, plus tard, on nia complètement l'existence; je veux parler des ulcérations du canal de l'urètre. Les deux opinions extrêmes que je viens de faire connaître sont également erronnées. S'il est vrai de dire que toutes les blénorrhées ne dépendent pas de cette cause unique, on doit aussi convenir que plusieurs sont évidemment entretenues par elle; le plus ordinairement, tant que ces écoulemens persistent, les malades n'éprouvent pas de difficulté à uriner; mais s'ils se suppriment, la dysurie survient, et si on pratique le cathétérisme, on rencontre un ou plusieurs rétrécissemens.

Mais comment ces ulcérations, en se cicatrisant, produisent-elles des rétrécissemens? Il se passe ici des phénomènes tout à fait analogues à ceux qu'on observe dans les cicatrisations des plaies de la peau avec perte de substance; les bords de l'ulcération s'affaissent, se rapprochent, et l'intervalle qui les sépare est rempli par une cicatrice ou par une membrane muqueuse de nouvelle formation, d'où résulte nécessairement en ce point, dans le diamètre du canal, une diminution d'autant plus grande que la cicatrice est plus étroite. On obvierait donc à ces inconvéniens, si on pouvait obtenir une cicatrice plus étendue, si, pendant sa formation, on introduisait dans le canal de l'urètre un corps qui maintiendrait ses parois dilatées. Il y a un

moyen simple d'obtenir cet heureux effet, c'est de placer à demeure une sonde de gomme élastique dans le conduit urétral.

On pensait autrefois que cette sonde facilitait la guérison en stimulant la membrane muqueuse, et en faisant passer l'inflammation de l'état chronique à l'état aigu. Il est possible qu'elle agisse un peu de cette manière, mais elle a encore deux autres avantages bien plus marqués : 1°. elle livre passage à l'urine, dont l'action irritante suffit pour entretenir l'ulcération; 2°. elle procure la formation d'une cicatrice large, libre, et telle qu'elle doit être pour que l'urètre transmette au dehors un jet d'urine d'un calibre convenable.

Lorsqu'on n'a pas recours à ce moyen, non-seulement la cicatrice ne se ferme pas, mais encore la surface ulcérée se détruit peu à peu; il se fait une petite ouverture par laquelle l'urine s'échappe et s'amasse dans une petite poche en forme de kyste, qui disparaît lorsqu'on la comprime, parce que le liquide contenu rentre dans l'urètre; ou bien l'urine s'infiltre dans les tégumens, et bientôt on voit apparaître tous les accidens qui résultent des abcès urineux et des fistules urinaires.

VIII.

Les auteurs de pathologie ont beaucoup écrit sur la carie des os qui composent la colonne vertébrale et sur les symptômes auxquels elle donne lieu; mais ils n'ont fait qu'effleurer en quelque sorte ce qui a rapport à la carie des deux premières vertèbres cervicales, sans doute parce qu'ils l'ont confondue avec les diverses affections rassemblées sous le nom de *torticolis;* et quand la dissection leur a fait rencontrer fortuitement des altérations pathologiques, ils n'avaient aucun renseignement sur les accidens qu'elles avaient dû occasioner. Cette maladie mérite cependant une distinction toute particulière, tant à cause de sa fréquence chez les enfans qu'en raison de sa gravité.

M. *Guersent,* le premier, a spécialement fixé l'attention des pathologistes sur ce sujet; chaque année il en parle dans ses leçons cliniques, mais il ne s'est pas donné la peine d'en faire l'objet d'un traité *ex professo.* Je crois donc faire une chose utile pour les jeunes praticiens et

pour l'humanité en donnant la description succincte de cette funeste maladie.

La carie de l'une ou des deux premières vertèbres cervicales est assez commune chez les enfans de tous les âges; on ne l'observe pas ordinairement chez les adultes.

Les causes qui la produisent sont fort obscures; car on l'a rencontrée chez des enfans jouissant en apparence de la santé la plus florissante. Je la crois cependant plus commune chez les enfans d'une constitution scrophuleuse, quoique je la considère, avec M. *Guersent*, comme une véritable phlegmasie des membranes synoviales interarticulaires, dont la carie des os ne serait qu'un phénomène secondaire.

Elle débute ordinairement de la manière la plus insidieuse : les petits malades se plaignent d'une légère douleur, d'un peu de gêne dans les mouvemens du cou; peu à peu ces symptômes augmentent, et bientôt ils sont portés à un point tel, que le plus faible mouvement leur arrache des cris aigus. S'ils sont très-jennes, le matin quand ils s'éveillent ils ont besoin d'un aide pour soulever leur tête de dessus l'oreiller; plus âgés, ils sont obligés de la saisir entre les deux mains pour la soutenir et la porter du côté où la sensibilité est moins vive.

Quand l'inflammation a son siége entre la première vertèbre et l'occipital, sur les deux condyles, lorsqu'une fois l'enfant est debout, il est contraint de tenir sa tête droite, immobile; car le plus léger mouvement de flexion ou de circumduction exaspère la douleur. Dans les cas où elle occupe les parties latérales des vertèbres, la tête ne peut être fléchie du côté malade; elle est toujours inclinée du côté opposé.

A mesure que la maladie fait des progrès, les douleurs augmentent d'intensité; il survient au cou un gonflement général ou partiel; il se forme des foyers purulens qui tendent à se faire jour au dehors, le plus ordinairement vers les parties postérieure et latérales, mais quelquefois aussi vers la partie antérieure. Alors le pharynx, puis le voile du palais sont repoussés en avant; la déglutition devient difficile, et la voix est nasillarde comme dans les polypes du nez; enfin l'abcès

finit par se faire jour dans le pharynx ou dans les fosses nasales. A ces altérations locales se joignent presque toujours des lésions symptomatiques du mouvement et même du sentiment, dans les membres supérieurs ensemble et séparément, et quelquefois aussi dans les inférieurs. Ces signes dépendent d'une compression de la moelle et de quelque plexus par un épanchement sanguin ou purulent, ou par les vertèbres à demi luxées.

Lorsque cette maladie est abandonnée à elle-même, elle se termine presque toujours par la mort; celle-ci peut arriver de trois manières différentes : 1°. par épuisement, quand les abcès se sont fait jour au dehors; ils fournissent une suppuration abondante, le malade maigrit, ses forces s'affaiblissent, la fièvre hectique survient, et il succombe dans le dernier degré de marasme; 2°. par compression de la moelle; en effet, lorsque le corps des vertèbres et les ligamens qui les unissent ont été complètement détruits par le pus, le mouvement le plus léger suffit pour produire la luxation, et par suite la compression et même la déchirure de la moelle épinière; 3°. enfin par le ramollissement de la pulpe rachidienne, ou par une véritable hémorrhagie ou apoplexie médullaire. Ce dernier genre de mort est très-rare; M. *Guersent* n'en avait jamais eu d'exemple, lorsque l'année dernière une observation fort curieuse, que je vais rapporter, en mit hors de doute la possibilité.

Observation. On a reçu le 22 juin 1829, au n°. 19 de la Salle Saint-Jean, à l'Hôpital des Enfans malades, un jeune garçon de onze ans, se plaignant d'éprouver, depuis cinq mois, de la douleur et de la gêne dans les mouvemens du cou. Jusque-là, s'il faut le croire, il avait joui d'une très-bonne santé. Depuis trois semaines les douleurs qu'il ressentait dans la région du cou ont augmenté, elles se sont compliquées de maux de tête, qui, depuis quatre jours, sévissent avec beaucoup de violence vers le pariétal gauche. A partir de ce moment il a éprouvé de la difficulté dans les mouvemens du bras droit, et maintenant la paralysie est presque complète. Aujourd'hui il est sans fièvre, son cou est très-gonflé, très-douloureux à la pression; le

moindre mouvement de la tête, surtout en arrière et sur les côtés, exaspère la douleur; celle-ci est moindre lorsqu'il la fléchit en avant. A ces signes, on n'hésita pas à diagnostiquer une phlegmasie interarticulaire des premières vertèbres cervicales. Le gonflement assez considérable du cou, la paralysie du bras, ne laissaient aucun doute sur l'état avancé de la maladie. Cependant on crut devoir commencer par combattre les symptômes inflammatoires : à cet effet, on prescrivit douze sangsues et deux ventouses scarifiées sur les parties latérales du cou. Dans la soirée, le malade s'écria tout à coup qu'il était suffoqué, et en moins d'une seconde il rendit le dernier soupir.

On attribua cette mort subite à la luxation spontanée des vertèbres, et à la compression forte de la moelle épinière, plutôt qu'à un épanchement sanguin, car l'apoplexie cérébrale des enfans est excessivement rare.

Autopsie. Toutes les parties charnues du cou étaient très-enflées et comme infiltrées de sang; on voyait sortir près de la base du crâne une grande quantité d'un sang noir et fluide. Arrivé aux parties osseuses, on ne trouva pas de déplacement bien sensible, seulement l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre cervicale était un peu saillante en arrière, et il semblait que la seconde fût légèrement tirée en avant. Une carie très-prononcée existait au niveau de l'articulation occipito-atloïdienne gauche; le pourtour du trou occipital de ce côté était rugneux, inégal, manifestement carié superficiellement, et la branche correspondante de l'atlas presque complètement détruite. On apercevait aussi quelques points de carie sur les branches de l'axis; et en arrière, du côté gauche, entre les ligamens et les deux premières vertèbres, un épanchement sanguin assez considérable, mais qui ne pouvait exercer aucune compression sur la moelle. A la partie antérieure droite, au contraire, entre le ligament transverse et l'axis, on remarquait un autre épanchement sanguin qui devait nécessairement comprimer la portion correspondante du prolongement rachidien et contribuer à la paralysie du bras. Cependant toutes

ces altérations ne suffisaient pas pour expliquer la rapidité de la mort ; pas de luxation, pas de compression bien évidente de la moelle ; il fallait donc lui trouver une autre cause, on la chercha dans le cerveau. Cet organe fut trouvé parfaitement sain, ainsi que ses membranes ; seulement les sinus qui vont se rendre dans le golfe de la veine jugulaire paraissaient dilatés. On fendit alors par le milieu une portion de l'extrémité supérieure de la moelle, et on trouva au-dessous des éminences olivaires un ramollissement très-notable, au centre duquel existait un petit épanchement sanguin, de quatre à cinq lignes de longueur, une véritable apoplexie médullaire. Les poumons, le cœur, les intestins et le foie ne présentaient aucune altération.

L'autopsie, dont je viens de rapporter les détails, suffira, je pense, pour donner une idée des altérations cadavériques qu'on observe à la suite de cette carie. Ce serait sortir des bornes que je me suis prescrites, que de m'étendre plus longuement sur ce sujet.

Diagnostic. On peut confondre les symptômes secondaires de cette affection avec un engorgement des glandes cervicales, une tumeur squirrheuse développée dans l'épaisseur du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, un phlegmon, une paralysie, ou une convulsion des muscles du cou, leur endurcissement, un simple rhumatisme, etc. Un peu d'attention suffira pour la distinguer de la plupart de ces états morbides ; deux, cependant, présentent plus de difficulté : je veux parler de la paralysie et des convulsions des muscles.

Dans la paralysie des muscles d'un des côtés du cou, la face est tournée vers le côté malade et la tête inclinée du côté sain ; mais on la ramène facilement et sans causer de douleur à sa situation naturelle, et aussitôt qu'on cesse de la maintenir elle reprend sa direction vicieuse.

La convulsion d'un des muscles sterno-mastoïdien produit un effet à peu près semblable ; mais la tête est inclinée du côté malade, et on sent à travers les tégumens la dureté qui accompagne la vive

contraction du muscle; si on tend à imprimer un mouvement à la tête elle résiste; et, quand après l'avoir entraînée dans un sens différent on l'abandonne à elle-même, elle reprend par un mouvement brusque et involontaire sa mauvaise position.

Traitement. Au début de la maladie, le repos le plus absolu, les saignées générales et locales, les applications émollientes, sont les moyens les plus convenables. Plus tard, les antiphlogistiques produisent moins d'effet; cependant on peut encore les employer suivant les indications. A cette époque on doit surtout avoir recours aux exutoires; le plus convenable est le cautère avec la potasse caustique, appliqué le plus près possible du siége du mal, à la base du crâne, près de l'occiput. Il ne faut pas se laisser séduire par les premières améliorations et arrêter promptement la suppuration; il convient, au contraire, de les entretenir long-temps encore après que tous les symptômes du mal ont disparu; car si la carie a été complète, il faut un temps très-long pour opérer la soudure des os; et si elle n'est pas encore formée on doit redouter une nouvelle irritation. La moindre faiblesse de la part du médecin peut avoir les suites les plus fâcheuses. M. *Guersent* nous a rapporté l'observation d'un jeune homme de la haute classe de la société qui avait obtenu un effet merveilleux des cautères; aussitôt qu'il cessa de souffrir, on les supprima; la maladie revint, il fut impossible d'en arrêter la marche, et l'infortuné fut victime d'une trop funeste condescendance. Dans la dernière période, ces moyens ne sont que palliatifs, ils peuvent prolonger la vie, mais il ne sauraient amener la guérison.

IX.

L'hémorrhagie passive ou atonique est une des complications les plus graves de la variole. On l'observe particulièrement chez les enfans d'une constitution faible ou débilités par de longues maladies; elle s'accompagne souvent d'une chaleur âcre, brûlante de la peau,

d'une très-grande agitation pendant la nuit. Dès les premiers momens les pustules varioliques sont à peine apparentes; elles sont violacées, comme pétéchiales; quelquefois elles se réunissent toutes et forment de larges plaques, peu élevées au-dessus du niveau de la peau, à peine sensibles; la face est gonflée, comme boursoufflée; l'origine des muqueuses est décoloré; la prostration est très-grande. Des hémorrhagies passives ont lieu par diverses voies, par le nez, les yeux, la bouche, le rectum, les organes génitaux; elles sont parfois si générales, que le sang transsude par tous les points du corps où il existe des ulcérations, des déchirures, des vésicatoires, de simples piqûres de sangsues; et le sang qui s'écoule est fluide, rosé, presque séreux. La terminaison est toujours fâcheuse et souvent très-promptement mortelle.

Traitement. Quand même cette variole hémorrhagique serait compliquée de quelque inflammation locale évidente, il faudrait la négliger pour combattre l'état général. On emploie les décoctions de quinquina, les astringens, les acides sous différentes formes; on peut aussi recourir avec avantage aux affusions froides, surtout quand il y a un peu de réaction. Malheureusement tous ces moyens échouent dans la majorité des cas.

X.

On a avancé que les phlegmasies des méninges sont très-fréquentes chez les variolés; c'est une erreur: la rougeur qu'on remarque sur ces membranes à l'autopsie, est une simple injection, qu'il ne faut pas prendre pour les signes d'une phlogose; car il n'y a jamais d'inflammation un peu ancienne des méninges sans exsudation purulente ou pseudo-membraneuse; et assurément si après sept à huit jours de maladie on ne trouve qu'une simple injection, on ne doit pas la considérer comme le résultat d'une phlegmasie.

XI.

Les scarlatines malignes sont généralement très-fâcheuses. On peut en admettre deux espèces : les *convulsives* et les *ataxiques*.

Les premières s'observent principalement chez les enfans au moment même de l'éruption, surtout quand celle-ci apparaît d'une manière brusque, violente, au milieu de la santé la plus brillante ; on est presque certain alors de voir des symptômes convulsifs se manifester ; ils s'emparent des muscles de la face et des membres, et durent jusqu'à la mort si on ne parvient à arrêter les progrès de la maladie. Ces convulsions ne dépendent point d'une véritable inflammation des méninges ; elles sont manifestement déterminées par la vive irritation de la peau. De plus, M. *Guersent* est porté à admettre une prédisposition de l'individu, car il a vu dans la même famille deux frères atteints de scarlatine ; tous deux ont présenté des symptômes convulsifs ; et à l'ouverture des cadavres on n'a rien trouvé qui pût en expliquer la cause. On s'est beaucoup trop effrayé des inflammations cérébrales dans les scarlatines, c'est une complication excessivement rare.

Le traitement est très-difficile. Les saignées sont rarement utiles, si on en excepte quelques cas faciles à reconnaître ; on doit leur préférer les révulsifs énergiques sur le canal intestinal, les purgatifs actifs, sous différentes formes, par la bouche et en lavemens : les antispasmodiques et les affussions fraîches peuvent également produire de très-bons effets.

XII.

Dans les scarlatines ataxo-adynamiques, les symptômes généraux paraissent peu graves au début ; l'éruption se fait d'une manière plus ou moins rapide, plus ou moins irrégulière, quelquefois très-complètement. Mais vers le cinquième ou le sixième jour, on voit survenir du délire, un abattement plus ou moins marqué, une diarrhée

plus ou moins forte et des vomissemens. Cependant l'état extérieur de l'individu, ses réponses n'indiquent pas d'altération des facultés intellectuelles ; on ne remarque pas de lésions graves apparentes du côté des intestins et du poumon, et néanmoins ce désordre est des plus fâcheux : la mort en est très-fréquemment la suite immédiate ; et à l'ouverture du corps on ne trouve presque jamais de lésion qui puisse l'expliquer, l'observation suivante vient à l'appui de cette assertion.

Au n°. 19 de la salle Saint-Jean, à l'hôpital des Enfans malades, on a reçu, le 10 juillet 1829, un jeune garçon de douze ans, éprouvant depuis trois jours un malaise général, des frissons passagers, de l'abattement, des nausées, des vomissemens, de la céphalalgie, et maintenant recouvert d'une éruption scarlatineuse. La prostration est assez notable, la peau chaude, la face un peu pâle, la langue sèche et chargée, la soif vive, le pharynx rouge, mais sans engorgement notable des amygdales ; le ventre est un peu douloureux à la pression, la toux rare, la respiration assez bonne, mais un peu ronflante ; il a de l'agitation, un délire sourd, mais il répond assez bien aux question qu'on lui adresse. Le pouls bat cent cinquante fois par minute. L'interne, fixant particulièrement son attention sur les symptômes cérébraux, pratique une saignée et applique douze sangsues derrière les oreilles. Après les évacuations sanguines, le pouls monte à cent soixante pulsations. Pendant la nuit, l'agitation et le délire continuent, et le lendemain l'état est à peu-près le même, seulement le pouls ne bat plus que cent quarante fois. La sensibilité générale du ventre fait penser à M. *Guersent* que la maladie a particulièrement son siége dans les intestins ; il prescrit en conséquence douze sangsues sur le ventre, des affusions froides sur la tête, afin de réagir sur le cerveau, qu'il considère comme sympathiquement affecté ; des sinapismes aux extrémités, dans le cas où la tête se prendrait plus fortement. (Limonade bis, demi-lavement émollient, cataplasme émollient sur le ventre, demi bain.) La nuit suivante l'agitation et le délire augmentent, et le malade succombe.

Autopsie. A l'ouverture du corps, on ne trouva pas une seule lésion qui pût expliquer la mort; pas de rougeur, pas d'ulcérations dans les intestins; intégrité parfaite du cerveau; poumons à peu près dans l'état naturel, seulement un peu engorgés de sang; un cœur flasque, contenant dans les deux ventricules un sang noir et fluide.

Traitement. Dans cette complication de la scarlatine il faut être très-réservé sur les évacuations sanguines, et surtout sur les saignées; les moyens débilitans ne modèrent pas les symptômes, ils semblent au contraire hater leur terminaison funeste. L'expérience a prouvé que les affusions froides sur la tête et sur tout le corps sont beaucoup préférables; elles diminuent la chaleur âcre de la peau et de la tête, qui porte les malades à une agitation continuelle; elles leur donnent des forces pour lutter contre l'intensité du mal; et, loin de diminuer ou de gêner l'éruption, elles la facilitent. Après les affusions, on doit recourir aux révulsifs sur les extrémités inférieures, aux sinapismes et aux vésicatoires. Je dois dire cependant, relativement à ces derniers, qu'il faut être circonspect sur leur usage, à cause de la prédisposition gangréneuse, trop commune dans cette affection, et dont l'action délétère exerce presque toujours son influence sur la partie occupée par le vésicatoire. Un autre moyen, dont l'efficacité ne peut être contestée, c'est l'emploi des purgatifs; ils ont produits des effets merveilleux dans des cas désespérés : à doses modérées, ils procurent des selles abondantes; ils diminuent le délire et l'inflammation pharyngée. Ils ne conviendraient cependant pas dans le cas d'une irritation gastro-intestinale très-intense; et peut-être encore pourrait-on, à la méthode des Anglais, administrer le calomélas et les lavemens purgatifs, si le gros intestin paraissait intact.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt predictiones, neque mortis, neque sanitatis *Ibid.*, *aph.* 19.

III.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

IV.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

V.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem, robur; ægrotanti verò morbus fit. *Ibid.*, *aph.* 65.